

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL
NUMERO DEL CASO		
CENTRO		UNIDAD

**SOLICITUD PARA INSPECCIONAR U OBTENER UNA
 COPIA DE EL ARCHIVO CLINICO**

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado y regresado a su consejero para inspeccionar o obtener una copia de sus documentos medicos. Esta informacion sera disponible para usted en treinta (30) dias, despues de la fecha de esta solicitud.

DIVULGACION CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

NIVEL O TIPO DE INFORMACION QUE VA HACER INSPECCIONADA O OBTENIDA
PROPOSITO O NECESIDAD DE LA INFORMACION
DIRECCION PARA ENVIAR LA INFORMACION SOLICITADADA
NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION QUE VA A DIVULGAR LA INFORMACION DE:

Yo, que suscribo abajo, he solicitado, en escrito la informacion arriba, que mis documentos medicos sean disponible para mi. Yo comprendo que para yo obtener esta informacion yo debo someter esta solicitud en escrito, y que la informacion sera disponible para mi dentro de treinta (30) dias de esta solicitud.

Yo comprendo que cualquier divulgacion esta sujeta a las reglas del Titulo 42 del Codigo de las Regulacions Federales que gobiernan la confidencialidad de los archivos de pacientes de abuso de alcohol o drogas, al igual que el Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. Pts. 160 &164; y que el divulgar mas adelante esta informacion a otras personas es prohibido sin autorizacion adicional en escrito de mi parte.

**NOTA: A USTED SE LE COBRARA PARA COPIAR ESTE MATERIAL.
 EI COSTO ES \$0.05 POR PAGINA.**

 (Firma del Paciente)

 (Firma del Pariente/Guardian, cuando necesario)

 (Nombre del Paciente en letra de Molde)

 (Nombre del Pariente/Guardian en letra de Molde)

 (Fecha)

 (Fecha)

Accion Tomada Por el Centro:

____ Solicitacion Aprobada

____ Solicitacion Negada. Razon por la Negacion _____

 Director/Asistente al Director Fecha